



# LICEO CLASSICO "MEGARA"

Classico – Scientifico – Scienze Umane – Linguistico –  
Artistico - Scienze Umane Quadriennale

96011 AUGUSTA- VIA STRAZZULLA, 10

Tel.: 0934522024/521834



Codice Fiscale 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: <http://www.licemegara.edu.it>

C. I. n° 482

LICEO CLASSICO "MEGARA" - (SEZ. SCIENTIFICA ANNESSA)-AUGUSTA  
Prot. 0003874 del 03/04/2024  
IV-6 (Uscita)

- Ai Docenti referenti Prof. Castro Alfio, Muscolino Maria Grazia
- Ai docenti
- Agli alunni delle classi prime e seconde
- Alle famiglie per il tramite degli alunni
- Al Direttore dei Servizi G. e Amm.<sup>vi</sup>
- Al personale della Segreteria Didattica
- Atti
- Albo
- Sito web della scuola

**Oggetto: Pagamento Saldo: Viaggio di istruzione A.S. 2023/24 – Puglia dal 15 al 19 Aprile 2024**

Si informano le SS. LL. che il costo complessivo del viaggio di istruzione in Puglia è di € 499,00 con trattamento di pensione completa.

Il viaggio si svolgerà in pullman GT:

- Dal 15 al 19 Aprile 2024 il gruppo di alunni partecipanti di n. 131 sarà alloggiato presso l'Hotel Minerva di Brindisi.

Pertanto, gli alunni partecipanti sono invitati a versare entro l'08/04/2024 il saldo di € 199,00.

Il pagamento del saldo sarà effettuato tramite il sistema Pago PA, gli avvisi di pagamento saranno disponibili dal 04/04/2024.

**Alla presente si allega il modulo delle intolleranze/allergie/medicines.**

I docenti segretari/coordinatori faranno pervenire tali documenti ai prof. Castro Alfio o Muscolino Maria Grazia entro e non oltre il 09/04/2024.



Il Dirigente Scolastico

Prof. Renato Santoro

( Firma autografa omissa ai sensi dell'art.3,  
comma 2 D.L.vo n.39/93)

Al Dirigente scolastico  
Del Liceo Classico Megara

Modulo intolleranze/allergie/medicine da restituire a scuola al docente segretario/coordinatore

I sottoscritti Sig. .... e Sig.ra.....  
genitori dell'alunno/a..... classe..... sez.....  
partecipanti al viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

DICHIARANO

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i o ai farmaci  
(indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò  
che si può mangiare in alternativa e i farmaci):

.....  
.....  
.....  
.....

che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali secondo le indicazioni e la  
posologia sotto riportata:

Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....

Data, .....

Firma di entrambi i genitori .....

.....